

.....  
(imiona i nazwiska rodziców)

.....  
(adres zamieszkania rodziców)  
.....

POTWIERDZENIE WOLI UCZĘSZCZANIA  
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Potwierdzam wolę uczęszczenia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL .....

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Augustyna Suskiego  
w Szaflarach w roku szkolnym 2023/2024.

.....  
Data i podpis rodzica